

Paliativna radioterapija in njen smisel

Hotimir Lešničar

V uredniškem odboru Onkologije smo se dogovorili, da bomo predstavili nekatere načine onkološkega zdravljenja, ki bi zanimali tudi širši krog slovenskih zdravnikov. Radioterapija v celoti to nedvomno je. Kljub njeni vse večji vlogi pri kurativnem zdravljenju pa ne moremo mimo njene nepogrešljivosti in veljave pri zdravljenju bolnikov s primarno neoperabilnim in/ali diseminiranim malignim obolenjem. Paliativno zdravljenje na splošno predstavlja široko področje onkološke dejavnosti, na katerem se prepletajo učinki medikamentoznega zdravljenja, kirurških posegov in ionizirajočega žarčenja. Prav zato je treba problematiko paliativnega zdravljenja v onkologiji obravnavati širše, ne le pod mikroskopom posameznih dejavnosti. Slovenskega rakavega bolnika že ob primarnem obolenju ni možno deliti na kirurškega, ginekološkega, internističnega ali pediatričnega, toliko manj pa je to smiselno, če gre za razširjeno bolezen.

DEFINICIJA PALIACIJE V ONKOLOGIJI

Paliativni in rešilni posegi v onkologiji obsegajo vse medicinske dejavnosti pri tistih bolnikih, kjer kurativno zdravljenje po mnenju specialista onkologa ni več smiselno.

KOLIKO JE TAKIH BOLNIKOV V RS?

Ta ocena je nekoliko bolj zapletena, saj o tem verodostojnih podatkov nimamo. Ne gre namreč le za delež neozdravljivo bolnih ob prvi predstavitvi, ampak tudi za sočasni delež tistih bolnikov, pri katerih je med zdravljenjem prišlo do napredovanja bolezni. Ocenjujem, da se je s paliativnimi načini zdravljenja v RS v letu 1998 zdravilo najmanj 5000 bolnikov, približno enako torej kot z radikalnimi.

Vzroki za paliativno zdravljenje so po oceni najštevilnejših tumorskih lokalizacij naslednji:

- lokoregionalna razširjenost, ki onemogoča primarne kurativne posege (30%),
- primarna metastatska razširjenost maligne bolezni (30%),
- recidiv in razsoj po strokovno utemeljenem zdravljenju (20%),
- neprimerno primarno zdravljenje (5-10%),
- splošna oslabelost bolnikovega organizma (10-15%).

VLOGA PALIATIVNE RADIOTERAPIJE

Vloga obsevanja z ionizirajočim žarčenjem pri malignih

kurativnemu zdravljenju le pri približno 55% obsevanih bolnikov. Skoraj polovico bolnikov torej zdravimo s paliativno radioterapijo, kar pomeni, da zdravljenje ni namenjeno ozdravitvi bolnika, ampak v prvi vrsti lajšanju simptomatike in izboljšanju kvalitete življenja neozdravljivo bolnih. S pozitivnim učinkom na izboljšanje kvalitete življenja ne mislimo zgolj na analgetski učinek - za to namreč obstoja cela vrsta analgetikov - temveč predvsem na možnost vzpostavljanja celostne psihofizične integritete bolnika. To pa pri nekaterih kronično potekajočih malignih boleznih lahko bolniku pomeni tudi nemoteno nadaljevanje družinskih in poklicnih obveznosti. Pravilno organizirana in strokovna vodena paliativna radioterapija je v pomoč bolniku in družbi.

NAČINI PALIATIVNE RADIOTERAPIJE

Paliativno zdravljenje z radioterapijo ni enovito. Razlikuje se lahko po tipu in razsežnosti osnovne bolezni in je odvisno od organa, ki je prizadet. Načine in tehnike zdravljenja odrejamo predvsem glede na bolnikovo splošno stanje. Najverjetnejše fiziološke mehanizme, preko katerih ionizirajoče žarčenje vpliva na izboljšanje simptomatike, bomo prikazali v naslednjih številkah Onkologije, ko bomo obravnavali posamezne sklope obolenj. Tu naštejmo le osnovna načela paliativnih tehnik.

1. Radikalno paliativno radioterapijo uporabljamo v nekaterih primerih, ko zaradi lokoregionalne razsežnosti tumorja operativno zdravljenje sicer ni možno, bolnikova splošna kondicija, starost in histološki tip malignoma pa omogočajo bolj radikalne pristope, ki lahko pri bolnikih z dobrim odzivom celo vplivajo na dolžino preživetja. V teh primerih v okviru kliničnih študij uporabljamo tudi nekatere citostatike, ki naj bi zvišali radiosenzibilnost tumorjev. Tako zdravimo malignome pljuč, prostate, glave in vratu ter tumorje prebavil, ženskih genitalij in centralnega živčevja. Tu gre praviloma za dolgotrajnejše zdravljenje izbranih bolnikov, pri katerih načini obsevanja *ne smejo povzročati morebitnih kasnih posledic*, saj lahko ti bolniki v izjemnih primerih preživijo tudi več let po zdravljenju. Tako obsevani bolniki predstavljajo približno tretjino paliativno obsevanih bolnikov.

2. Paliativno lokoregionalno obsevanje je namenjeno tistim bolnikom z inoperabilnimi tumorji (tudi v primeru oddaljenih metastaz), kjer razsežnost tumorja povzroča bolečine, krvavitve, onemogočajoča hranjenje ali dihanje. S

frakcijami, ki jo po možnosti izvajamo ambulantno, ali z enkratno apliakcijo brahiradioterapije skušamo bolnikom omogočiti čimbolj normalno življenje v domači oskrbi. Pričakovana življenjska doba takih bolnikov ne presega 12 mesecev, zato jih smemo obsevati s pospešenim frakcioniranjem. Delež tako obsevanih bolnikov predstavlja okrog 30% vseh paliacij v radioterapiji.

3. Paliativno obsevanje metastaz je odvisno od osnovne bolezni, anatomske lokalizacije metastaz in njihove razširjenosti. Solitarno podkožno metastazo zdravimo drugače kot solitarno možgansko metastazo. Prav tako se razlikuje radioterapija lokalizirane kostne metastaze od terapije multiplih kostnih metastaz, medtem ko moramo pri parenhimskih organih upoštevati njihovo različno radiosenzibilnost. V splošnem velja, da radioterapija pri metastatskem obolenju ne sme povzročati stranskih učinkov, prav tako (vsaj pri oslabilih bolnikih) ne sme povzročati dodatnih težav v zvezi s transportom. Obsevanje teh bolnikov, ki predstavlja okrog 40% vseh paliativnih obsevanj, je tipičen primer, ko je izvajanje radioterapije treba čimbolj približati bolniku. Pri načrtovanju obsevanja metastaz ločimo več osnovnih pristopov k zdravljenju:

- Kronično potekajoče bolezni**, kot sta karcinom dojke in prostate, lahko zdravimo s sistemskimi načini in sočasnim obsevanjem posamičnih metastatskih lokalizacij. Ko bolezen še ni močno razširjena, pričakovano preživetje pa je lahko tudi več let, uporabljamo več nižjih frakcij obsevanja, da se izognemo morebitnim poznim poškodbam.
- Pri **močno napredovali bolezni** uporabimo le nekaj visokih ali tudi eno samo frakcijo obsevanja. Analgetski učinki so podobni, zapleti s transportom morajo biti čim manjši, kasne posledice pa se zaradi pričakovane dobe preživetja ne bodo razvile.
- Pri **multiplih (predvsem kostnih) metastazah** uporabimo način obsevanja polovice telesa v nekaj odmerkih. Iradiacijsko bolezen v teh primerih zdravimo s simptomatsko terapijo, analgetski učinki pa so lahko tudi dolgotrajnejši.
- Pri **solitarnih možganskih metastazah** so pri nekaterih obolenjih indicirani predvsem enkratni radioterapevski posegi, ki učinke žarčenja koncentrirajo na nekaj kubičnih centimetrih tkiva (t.i. radiokirurgija).

Podrobneje bomo o postopkih in učinkovitosti posamičnih omenjenih načinov zdravljenja spregovorili v tematsko zaokroženih prispevkih v bodoče.

SMISEL PALIATIVNE RADIOTERAPIJE

Vrednost paliativne radioterapije je predvsem v lokoregionalnem učinkovanju brez bistvenih toksičnih in drugih nezaželenih učinkov. Za razliko od kirurškega in kemoterapevtskega zdravljenja zanjo ni bistvenih kontraindikacij, zato jo lahko izvajamo pri vseh bolnikih, za katere menimo, da jim lahko koristi. Lahko se dopolnjuje z

ostalimi paliativnimi metodami, saj jih v večini primerov ne izključuje. Prav zaradi teh razlogov predstavlja paliativna terapija pomemben delež pri onkološki dejavnosti radioterapije. Finančno vrednost paliativne radioterapije v primerjavi z drugimi metodami je možno ovrednotiti le v prospektivnih kliničnih študijah. Za kvaliteto življenja pa je zelo pomembna oddaljenost bolnika od centra za radioterapijo. Ali je v slovenskem prostoru bolje postaviti še en sateliten radioterapevski center ali prevažati bolnike 150 km tja in nazaj oziroma jih po nepotrebnem hospitalizirati za drag denar, naj postane v bodoče moralni (in finančni) problem zdravstvenih politikov. Farmacevtska industrija v našem prostoru pritiska intenzivneje kot tehnologija, zato poraznost nekaterih finančnih kazalcev pri različnih metodah paliativne onkologije še ni primerljiva. V našem prostoru zato velja, da je radioterapija "per se" še vedno najdražja onkološka metoda zdravljenja, brez kakršnih koli resnih ekspertiz. Res je, osnovna investicija je draga. Tako kot je draga postavitev zidane hiše na poplavnem področju. Trajala pa bo lahko desetletja, medtem ko bo navidez cenejšo leseno vsako leto sproti odneslo.

DEJANSKA CENA PALIATIVNEGA ZDRAVLJENJA

Ko trdimo, da polovico bolnikov v RS zdravimo s paliativnimi posegi in pri tem tehtamo prednosti posameznih metod, pa je izredno pomembno, kaj se je z bolnikom dogajalo pred tem. Pri odločitvah o primarnem zdravljenju je namreč pomembno naslednje:

- So bile pred prvim zdravljenjem opravljene vse preiskave, ki so pomembne za natančno določitev začetnega štadija bolezni?
- So bile res ob prvem zdravljenju izkoriščene vse možnosti kurativnih načinov zdravljenja?

V večini primerov rakavih bolezni velja, da je za dokončno ozdravitev odgovorno le primarno zdravljenje. Ko pride do ponovitve ali razsoja, je v glavnem možno le še paliativno zdravljenje. Cena primarnega zdravljenja ne sme prispevati k opuščanju potrebnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov.

Drug problem, ki ima po moje celo večjo strokovno in finančno težo, pa je v naslednjem:

- So (glede na zgoraj rečeno) vse pogoste in drage preiskave za zgodnje odkrivanje recidivov in razsoja pri bolnikih v obdobju brez bolezni sploh smiselne?
- Je izvajanje številnih preiskav in terapevtskih posegov pri bolnikih s primarno ugotovljeno napredovalo boleznijo strokovno in finančno utemeljeno?
- So paliativni terapevtski posegi prilagojeni zahtevi po čim večji ambulantni obravnavi teh bolnikov?

Menim, da je (razen pri bolnikih, ki sodelujejo v kliničnih študijah, ki morajo biti financirane iz vzporednih virov) drago in pogosto obravnavanje bolnikov po zaključenem primarnem zdravljenju strokovno utemeljeno morda pri 10% vseh bolnikov. Paliativni posegi pa so mnogokrat predragi in se vršijo ob dolgotrajnih hospitalizacijah. Dolgoletne izkušnje v onkologiji pri nas kažejo, da število

opravljenih preiskav narašča sorazmerno z napredovalostjo obolenja. To pomeni, da jih opravljamo manj v času ko so res smiselne, t.j. pred pričetkom primarne terapije, in vse več po njej.

Naj strnem povedano. Nesprejemljivo je, če stroški paliativnega zdravljenja (skupaj s predhodnimi preiskavami) presegajo ceno primarnega in edino uspešnega zdravljenja. To ne pomeni, naj bodo enaki. Vse napore (strokovne in finančne) moramo usmeriti v čim popolnejše primarno zdravljenje, tudi če bo dražje kot doslej. Bolnikom z

napredovalo boleznijo pa moramo nuditi predvsem kvalitetno preživetje. V nacionalnem smislu bi k temu pripomogli strokovni in finančni programi zdravljenja v onkologiji, usmerjeni po osnovni diagnozi.

O tem, kako se v radioterapiji skušamo približati načelom paliativnega zdravljenja, bo govora v naslednji številki Onkologije, ko bomo prikazali vlogo obsevalnega zdravljenja pri bolnikih s kostnimi metastazami.

